

# Solicitud de certificación de elegibilidad de paratransito de la ADA

Esta información obtenida en este proceso de certificación solo será utilizada por el Departamento de Tránsito de Fort Smith para la prestación de servicios de transporte. La información solo se compartirá con otros proveedores de tránsito, a pedido del solicitante, para facilitar el viaje en esas áreas específicas. La información no se proporcionará a ninguna otra persona o agencia.

1. Nombre: \_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Expresar: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Número de teléfono: \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es la discapacidad que le impide utilizar nuestro servicio de ruta fija?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Esta condición es temporal, a largo plazo o permanente? \_\_\_\_\_

6. ¿Cómo le impide esta discapacidad utilizar los servicios de ruta fija? Por favor explique completamente. Utilice hojas adicionales si es necesario.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Puede seguir instrucciones escritas o verbales? Círculo (SI / NO)

8. ¿Puede usar un teléfono para acceder a la información de transporte? Círculo (SI / NO)

9. ¿Cuáles son los efectos de su discapacidad? Se requiere una explicación.

\_\_\_\_\_

---

**LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE UTILIZARÁ PARA GARANTIZAR QUE SE PROPORCIONE UN VEHÍCULO ADECUADO PARA SU TRANSPORTE Y QUE EL DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE DE FORT SMITH PUEDA HACER UN ANÁLISIS PRECISO DE SUS SOLICITUDES DE VIAJE.**

10. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas para la movilidad? (Encierre en un círculo todas las que correspondan)

Silla de ruedas manual / Silla de ruedas eléctrica / Silla de ruedas de gran tamaño / Scooter eléctrico / Bastón / Muletas / Asistente de cuidado personal / Guía para perros / Otro (explique a continuación)

---

11. ¿Necesita un asistente de cuidado personal (PCA) cuando viaja usando el sistema de tránsito? (Un PCA es un individuo proporcionado por el solicitante para ayudar al pasajero)

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

El Departamento de Tránsito permitirá un máximo de dos (2) minutos para el reconocimiento de embarque y los conductores brindarán asistencia razonable para abordar.

12. ¿Qué distancia puede recorrer (es decir, caminando o usando un dispositivo de movilidad)?

- 
13. Explica cómo afectaría el clima a esta distancia.
- 
- 

14. ¿Puede subir o bajar escalones de 12 pulgadas con o sin ayuda?

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuántos pasos? \_\_\_\_\_

15. ¿Cuánto tiempo puede permanecer de pie con o sin el uso de un dispositivo de movilidad?

---

---

**EL DEPARTAMENTO DE TRÁNSITO DE FORT SMITH PUEDE NECESITAR CONTACTAR CON SU MÉDICO U OTRO PROFESIONAL PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL SI ES NECESARIO. POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.**

16. El siguiente médico \_\_\_\_\_, profesional de atención médica \_\_\_\_\_, profesional de rehabilitación \_\_\_\_\_ (marque uno) está familiarizado con mi discapacidad y está autorizado a proporcionar información al Departamento de Tránsito de Fort Smith para completar esta certificación.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Expresar: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

**POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD ES CORRECTA Y AUTORIZO A FORT SMITH TRANSIT A CONTACTAR AL PROFESIONAL ANTERIOR PARA HABLAR SOBRE MI DISCAPACIDAD:**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si esta solicitud ha sido completada por otra persona que no sea la persona que solicita la certificación, esa persona debe completar lo siguiente:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Expresar: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Envíe la solicitud a:**

**Tránsito de Fort Smith**

**6821 Jenny Lind Road  
Apartado de correos 1908  
Fort Smith, AR 72902**

**(479) 783-6464**

**Fax: (479) 788-6525**

**Número gratuito (877) 335-9555**

**Servicios de retransmisión de Arkansas para personas con problemas de audición 7-1-1**

**Fort Smith Transit no discrimina en la admisión o acceso, tratamiento o empleo en su programa o actividades.**